

## 健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

健康保険証番号	811-	氏名				退職した会社の名称
住所	〒				被扶養者	有 ・ 無
ご自宅の電話番号		生年月日	昭和 ・ 平成	年	月	日
日中連絡のつく電話番号		メールアドレス				
報酬月額	千円	資格喪失年月日	令和	年	月	日
保険料徴収額	円/月	支払方法	毎月払い(当月) ・ 半年払い(前納) ・ 年払い(前納)			
振込銀行(健康保険組合より振込の際使用)		銀行 支店 ( )				

健康保険の任意継続被保険者になることを申請いたします。

令和 年 月 日

日本工営健康保険組合

理事長 田中 弘行 殿

申請者氏名

(印)

---